

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 134

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Pleurésie interlobaire abortive

chez l'Enfant et chez l'Adulte

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROBERT MILLO

Médecin Aide-major de 2^e classe

Elève de l'Ecole du Service de Santé militaire

Né à Nice, le 5 mai 1894



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Pleurésie interlobaire abortive
chez l'Enfant et chez l'Adulte

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM J. LEPINE..... DOYEN.
X..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Physique bio.logique, Radiologie et Physiothérapie.....	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale.....	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	des fonctions

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. MOURIQUAND, Président ; M. COLLET, Assesseur ;
MM. CADE et ROUBIER, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 134

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Pleurésie interlobaire abortive

chez l'Enfant et chez l'Adulte



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROBERT MILLO

Médecin Aide-major de 2^e classe

Elève de l'Ecole du Service de Santé militaire

Né à Nice, le 5 mai 1894



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

THE
LIBRARY OF THE
MUSEUM OF NATURAL HISTORY
AT
THE AMERICAN MUSEUM OF NATURAL HISTORY
NEW YORK

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

De tout mon cœur, je vous offre ce
modeste travail, faible témoignage de
mon amour infini et de ma reconnais-
sance éternelle.

A MES FRÈRES LÉON ET PHILIPPE

A TOUS LES MIENS

A LA GLORIEUSE MÉMOIRE DE MES CAMARADES

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A MES AMIS

A MON ONCLE, LE DOCTEUR MARTIN

Médecin-Major de 1^{re} classe

Chevalier de la Légion d'honneur

A MON AMI VÉNÉRÉ, LE DOCTEUR LATREILLE

C'est avec une douce émotion que je réunis vos deux noms. Puisse ce travail que je vous offre de grand cœur, vous témoigner de ma reconnaissance infinie et de ma profonde affection.

AU DOCTEUR BERNARD POMMÉ

En témoignage des sentiments profonds qui nous unissent pour toujours.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND

Professeur de Pathologie générale

Qui nous a inspiré ce sujet et a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait et l'assurons de notre respectueuse reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

*de l'Ecole de Médecine de Rennes, de la Faculté de Lyon,
de l'Ecole du Service de Santé militaire*

INTRODUCTION

La pleurésie interlobaire n'est pas un fait rare; nombreuses sont les observations de cette affection maintenant bien connue et généralement assez vite dépistée.

Le tableau clinique en a été tracé d'une façon saisissante par le Professeur Dieulafoy (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu). On en a étudié l'anatomie pathologique et la bactériologie, rattachant telle ou telle forme à tel ou tel microbe pathogène.

Si l'on parcourt les traités classiques et la littérature médicale, la pleurésie interlobaire se présente à nous avec un tableau clinique bien caractérisé. Quelquefois primitive, souvent secondaire à une infection. Parmi ces affections, la pneumonie se place au premier rang; la pleurésie interlobaire méta-pneumonique est maintenant classique. Elle est presque toujours purulente, les cas de pleurésie séreuse restant l'exception; son évolution est lente et s'accompagne de phénomènes généraux quelquefois graves, souvent importants. Sa guérison ne se réalise qu'à la faveur d'une vomique, d'une fistule ou, le plus souvent, après une intervention chirurgicale. On cite comme rares les cas où elle cède à une simple ponction; son pronostic est souvent sérieux, d'autant que la maladie évolue sur un organisme déjà affaibli par l'affection précédente.

En résumé, au diagnostic de pleurésie interlobaire

répond dans l'esprit du clinicien l'idée d'une affection sérieuse, d'évolution lente et presque fatalement suppurée.

Nous avons eu l'occasion de voir deux cas de pleurésie interlobaire qui nous ont paru particulièrement intéressants, par l'évolution spéciale de la maladie. M. le Professeur Mouriquand, qui nous les a aimablement communiqués, nous a incité à en rechercher de semblables et à voir, si à côté de la pleurésie interlobaire classique, on ne pourrait rencontrer une forme anormale de la maladie, pour laquelle il nous a proposé le terme de « pleurésie interlobaire abortive ».

En fait, cette forme n'est que mentionnée dans certains traités; on n'en retrouve que peu d'observations dans les publications médicales; signalée surtout dans les complications parapneumoniques, elle est donnée comme peu fréquente et comme une simple réaction, le plus souvent sans épanchement, de la scissure interlobaire et non comme une pleurésie interlobaire typique.

Nous avons donc cru que ces observations où le diagnostic a été contrôlé cliniquement et radioscopiquement méritaient d'être publiées et commentées. Nous avons recueilli un certain nombre d'autres observations, qui mettent en lumière certaines particularités cliniques de cette forme de pleurésie interlobaire, qui semble plus fréquente qu'on ne le pense en général.

Notre but, bien modeste, dans notre travail, sera de montrer, par l'étude de ces observations, quelques points surtout cliniques de cette affection et d'essayer de schématiser son tableau clinique bien spécial.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée par M. le Professeur MOURQUAND)

Pneumonie et pleurésie interlobaire abortive

P... Hélène, âgée de deux ans et demi ; entrée dans le service le 30 septembre 1920.

L'enfant est amenée à l'hôpital parce qu'elle tousse. Malade depuis quatre jours chez elle. Il a été impossible d'obtenir d'autres renseignements.

1^{er} Octobre 1920. — Enfant abattue, dyspnée légère, pas de battements des ailes du nez.

A l'examen, on note :

Aux poumons. — A la percussion, pas de modifications de la sonorité sur toute la hauteur du poumon. Râles ronflants et sibilants des deux côtés.

A *droite*, à la base du lobe supérieur on trouve une zone où l'on entend quelques râles sous-crépitants ; mais l'on n'entend pas de souffle véritable.

T. = 39°

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Examen radioscopique. — On constate nettement la présence d'une raie transversale, semblant siéger au niveau de l'interlobe inférieur droit ; l'ombre suspendue est surtout marquée en avant, plus floue en arrière.

2 Octobre 1920. — A l'examen, ce matin, l'enfant paraît plus abattue ; température élevée

T. = 40°6

Aux poumons, à la percussion on trouve aujourd'hui, une zone submate occupant les deux tiers inférieurs du poumon droit ; cependant, après une percussion attentive, cette submatité est moins marquée à l'extrême base qu'à la partie moyenne.

Cette submatité se perçoit jusqu'au niveau de la ligne axillaire postérieure, la région de la sous-aisselle restant sonore. Au niveau de la base du lobe supérieur et du lobe moyen, on perçoit un foyer avec râles sous-crépitaunts nets et souffle ce matin (qui n'était pas perçu nettement hier).

4 Octobre 1920. — La température a fait sa défervescence brusque de 39°6 à 37°2.

La submatité semble avoir progressé vers la région axillaire. Le foyer postérieur occupe actuellement les deux tiers inférieurs du poumon droit avec maximum des râles sous-crépitaunts à la base du lobe supérieur. La région sous-axillaire est elle-même libre de tout bruit surajouté, sauf tout à fait à sa partie inférieure.

Examen radioscopique. — L'ombre suspendue s'est nettement épaissie, surtout en arrière ; elle siège toujours au niveau de l'interlobe inférieur. On note, en plus, l'apparition d'une certaine obscurité dans la pointe du sinus costo-diaphragmatique droit.

5 Octobre 1920. — La température, qui avait fait sa défervescence le 4 au matin, est brusquement remontée le 4 au soir, à 40°6.

A l'examen, mêmes signes cliniques. La submatité atteint la ligne axillaire postérieure mais ne tend pas à augmenter.

A la radioscopie, même image ; le point obscur du sinus costo-diaphragmatique persiste.

Devant ces signes nets de pleurésie, on pratique une ponction exploratrice, dans la zone de submatité maxima. On retire quelques gouttes de liquide légèrement louche, teinté de sang.

L'examen bactériologique du liquide montre de très nom-

breux leucocytes non altérés, pas de microbes visibles à l'examen direct ; il n'a pas été fait d'ensemencement.

9 Octobre 1920. — La température, après des oscillations le 5 et le 6, une poussée le 8 jusqu'à 38°6, est revenue le 9 à la normale.

A l'examen, les signes de percussion persistent ; par contre les signes d'auscultation sont très modifiés ; plus de souffle ; encore quelques râles, moins nombreux, moins étendus et plus humides.

Examen radioscopique. — En avant, grisaille du cul-de-sac ; on ne perçoit plus la bande scissurale. En arrière, rétrocession de l'ombre interlobaire, qui est moins large mais toujours très nette.

13 Octobre 1920. — A l'examen aujourd'hui, les signes de percussion ont disparu. Les signes d'auscultation se sont modifiés : plus de souffle ni de râles sous-crépitaunts ; mais simplement de gros ronchus et sibilants très nombreux. Température à la normale, depuis le 8.

Radioscopie. — L'ombre suspendue n'est plus perçue qu'en arrière sous la forme d'une bande transversale floue ; plus rien dans le sinus costo-diaphragmatique.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. le Professeur MOURIQUAND)

Pneumonie droite et pleurésie interlobaire abortive consécutive

R... Lucien, âgé de 13 mois. Entré dans le service le 9 juin 1920. L'enfant est amené à l'hôpital pour une bronchite et parce qu'il présente des crises convulsives.

A. H. — Père atteint d'affection mentale (en traitement à Saint-Jean-de-Dieu) ; mère bien portante ; pas de fausses couches, pas d'autres enfants.

A. P. — Né à terme, nourri au biberon, à la campagne ; on aurait commencé à lui donner une alimentation variée à l'âge de 8 mois. Il y a trois mois, la mère l'a ramené chez elle ; présentait à ce moment quelques troubles digestifs (vomissements fréquents, constipation) ; toussait fréquemment.

Depuis, étant nourri exclusivement au biberon et à la farine lactée, il n'a plus eu de vomissements ; la constipation a cédé ; mais il a continué à tousser par petites quintes.

Il y a huit jours, il a présenté des troubles généraux et locaux ($T. = 40^{\circ}$) qui ont fait penser à une méningite (un médecin a été consulté).

Depuis a continué à présenter de la fièvre d'une façon irrégulière, de l'inappétence (sans vomissements) et de la toux ; aurait maigri assez considérablement depuis un mois.

9 Juin 1920. — A l'entrée, enfant d'aspect un peu rachitique ; tête relativement volumineuse, nouures des poignets et des coudes. Teint pâle, jaunâtre ; actuellement pas de troubles fonctionnels. Cris constants et insomnie.

L'examen des poumons et du cœur est négatif. Abdomen normal ; foie palpable, un peu hypertrophié, splénomégalie appréciable par le palper, seulement dans les grandes inspirations. Pas de symptômes méningés. Réflexes normaux. Ni sucre, ni albumine.

($T. = 37^{\circ}4$)

On constate les traces d'une stomatite pultacée vraisemblablement liée à un processus dentaire récent.

14 Juin 1920. — L'enfant présente une température élevée en plateau depuis le 10. Il crie, mais ne présente pas d'autres troubles apparents ; toux rare ; pas de dyspnée.

Aux poumons. — A la percussion on trouve la base droite submate ; respiration un peu soufflante ; quelques râles muqueux aux deux sommets.

Radioscopie. — Grisaille sur toute la hauteur du poumon droit.

17 Juin 1920. — La température se maintient élevée ($39^{\circ}4$), mêmes signes aux poumons.

A la radioscopie, même ombre du poumon droit, avec prédominance en arrière ; pas de refoulement du cœur.

21 Juin 1920. — La température a fait sa défervescence brusque le 20 (de $39^{\circ}3$ à $37^{\circ}2$). Les symptômes respiratoires se sont amoindris.

A l'auscultation on perçoit au poumon droit, en arrière, au tiers moyen et à la base des bouffées de râles fins inspiratoires.

Radioscopie. — Grisaille de tout le poumon droit ; apparition d'une ombre suspendue nette (bande transversale interlobaire), nette surtout en arrière.

22 Juin 1920. — A la radioscopie, mêmes constatations avec cependant moins de netteté dans l'ombre scissurale.

24 Juin 1920. — Diminution progressive de l'opacité de l'ombre scissurale, surtout marquée en avant.

(T. = 37°4)

25 Juin 1920. — Légère poussée thermique ; température à la normale depuis le 19, est montée à 38°2.

28 Juin 1920. — Au poumons tous les signes ont disparu. On ne perçoit plus que quelques ronchus disséminés. Pas le moindre signe de foyer.

10 Juillet 1920. — Les signes pulmonaires sont toujours négatifs. L'enfant a présenté une ascension thermique liée à un petit abcès de la fesse (le pus de cet abcès recueilli aseptiquement renferme du staphylocoque).

A la radioscopie, l'ombre scissurale n'est plus perçue à l'examen direct, mais par la manœuvre de Bécclère on peut la mettre encore en évidence, surtout en arrière.

OBSERVATION III

(Thèse de SIEMS, résumée)

Pneumonie grippale à foyers multiples. Pneumonie bilatérale. Pleurésie séro-fibrineuse parapneumonique interlobaire.

Jules Bri..., 27 ans, électricien. Entré le 25 janvier 1898 (service du professeur Landouzy). Pas d'antécédents personnels, ni héréditaires.

24 Janvier. — Il est pris d'un grand frisson avec claquement de dents ayant duré plus d'une heure, d'un point de côté violent, presque syncopal ; il vomit toute la nuit, insomnie complète ; le lendemain il entre à l'hôpital.

27 Janvier. — A l'examen, pas de voussure thoracique ; matité à gauche et en arrière sur toute la hauteur ; vibrations diminuées mais non abolies. Souffle inspiratoire et expi-

ratoire à caractère presque amphorique sur toute la hauteur. En avant sonorité normale à la percussion ; sonorité de l'espace de Traube conservée. Dyspnée intense.

Respiration : 40 ; pouls : 112. Peu de crachats. Herpès labial. On pratique une ponction aseptique du poulmon au point hépatisé et on ensemence la sérosité en bouillon et en sérum de lapin. Rien ne pousse. La recherche de la propriété agglutinante du sérum vis-à-vis du pneumocoque reste négative.

28 Janvier. — Pouls : 112 ; 70 respirations. Facies cyanosé, insomnie, céphalée violente. Expectoration muco-purulente ; l'examen bactériologique des crachats montre des leucocytes polynucléaires avec des diplocoques encapsulés.

30 Janvier. — Aux poulmons, à gauche, à la percussion, submatité en arrière dans les deux tiers du poulmon. Souffle superficiel, râles sous-crépitants, peu abondants. A droite, violent point de côté le long de la ligne axillaire. A la percussion, matité à la partie moyenne du poulmon vers l'aisselle. A ce niveau, à l'auscultation, souffle tubaire avec quelques râles fins. Il s'agit d'un nouveau foyer pneumococcique séparé du foyer de gauche par toute la portion du poulmon avoisinant le hile.

31 Janvier. — Grande amélioration. Sédation des signes généraux et fonctionnels. Mêmes signes locaux. Le sérum du malade commence à agglutiner.

2 Février. — Les signes thoraciques perdent de leur netteté, les souffles disparaissent, on entend des râles de retour.

3 Février. — Les jours suivants le thermomètre accuse une température plus élevée ; celle-ci oscille entre 38° et 39° ; le pouls demeure accéléré entre 100 et 110.

On recherche attentivement du côté du thorax les causes de cette complication et l'en trouve à gauche, à la partie moyenne et en arrière, une zone de matité suspendue, en zona. A l'auscultation de cette région mate, on ne perçoit pas de murmure vésiculaire, ni de souffle d'ailleurs ; au-dessus et au-dessous de cette zone de silence respiratoire on entend le murmure vésiculaire, avec quelques râles muqueux. Presque pas d'expectoration.

On pratique une ponction exploratrice au niveau de la zone

silencieuse. L'aiguille d'une seringue Strauss-Colin est enfoncée dans cette région et c'est seulement lorsqu'elle se trouve poussée jusqu'au pavillon, qu'on voit apparaître dans la seringue un liquide séro-fibrineux, citrin. L'épanchement est donc situé profondément. Ce liquide est ensemencé en sérum de lapin. La culture donne un résultat négatif ; le liquide se montre stérile. On recherche dans ce liquide la propriété agglutinante ; la réaction est négative vis-à-vis du pneumocoque du laboratoire ; elle est par contre très vive, visible à l'œil nu, avec le pneumocoque retiré de la gorge du malade.

11 Février. — La température baisse progressivement. Au niveau du tiers moyen du poumon gauche, la matité et le silence respiratoire persistent. On pratique une seconde ponction exploratrice. L'aiguille doit être enfoncée très profondément pour qu'on obtienne le liquide qui est toujours séro-fibrineux, citrin.

Liquide très riche en fibrine ; ensemencé dans ce milieu favorable pour le pneumocoque qu'est le sérum de lapin, il ne donne aucune culture.

Etant donné la profondeur de la collection séro-fibrineuse, en se rappelant les résultats, fournis par la recherche des signes physiques, on conclut qu'il s'agit d'un épanchement interlobaire.

Les jours suivants le liquide se résorbe spontanément, car la respiration s'entend bientôt dans la zone qui était silencieuse auparavant.

Le 14, on note de l'hypothermie ($36^{\circ}8$) ; la température remonte à la normale et le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION IV

(Thèse de MALLOIZEL, résumée)

*Pleurésie bi-scissurale très passagère au cours d'une crise
... de rhumatisme articulaire aigu.*

Tr... Jeanne, 16 ans. Entrée à l'hôpital Broussais le 11 décembre 1905. Aucune maladie antérieure.

Angine il y a 15 jours, puis arthrites typiques des deux couds-de-pied, surtout marquée à droite.

T. = 39°6 à l'entrée

Chute rapide de la température et disparition des arthrites en deux jours.

A ce moment légère élévation thermique 38°4, inexplicquée.

On trouve alors à l'auscultation une égophonie très nette, dans toute la région des scissures gauche et droite, sans autre signe, qui n'existait pas à l'entrée.

Cette égophonie disparaît en deux jours, en même temps la fièvre tombe définitivement.

OBSERVATION V

(Thèse de MALLOIZEL, résumée)

Pneumonie avec bronchite et léger exsudat pleural droit. Défervescence au neuvième jour avec persistance des signes pleuro-pulmonaires. Localisation basilaire et scissurale droite avec épanchement fugace, apyrétique.

Résumé de l'observation clinique

Boue... Albert, 58 ans, homme de peine. Entré à l'hôpital Broussais le 14 février 1906. Pas de maladies antérieures.

A été pris brusquement d'un violent point de côté droit, suivi d'un frisson intense et prolongé. Pas d'expectoration, toux pénible à cause de l'intensité de la douleur.

Examen. — Grande dyspnée R. : 61. Langue sèche, albuminurie légère. Herpès labial.

Aux poumons : matité absolue dans la partie supérieure du poumon droit se prolongeant vers l'aisselle ; submatité à la base. Râles sibilants à la partie supérieure du poumon droit ; un peu au-dessous, gros souffle tubaire se prolongeant vers l'aisselle sans râles crépitants. A la base droite, on ramène quelques gouttes de liquide. Râles ronflants et sibilants dans toute l'étendue du poumon gauche.

L'affection pneumonique évolue normalement jusqu'à la défervescence qui se fait le 21 février.

Pendant la convalescence on note au poumon droit des signes pleuro-pulmonaires persistants, râles et frottements dans la moitié supérieure du poumon.

6 Mars. — Matité scissurale avec souffle tubaire et quelques râles crépitants. Bronchoégophonie et pectoriloquie aphone de la même région. A la base droite quelques gros frottements et quelques sous-crépitanis. Ponction exploratrice scissurale négative.

11 Mars. — Les râles sont beaucoup moins nombreux au niveau de la scissure droite ; le souffle s'entend très mal ; la sonorité revient ; pas de température.

17 Mars. — Le malade souffre du côté droit sans température ; aux poumons, matité au niveau du hile, souffle expiratoire au hile avec quelques frottements sans égophonie. La ponction est toujours négative à la scissure, mais ramène un peu de liquide à la base. Rien à gauche.

24 Mars. — La sonorité est toujours un peu diminuée à la scissure droite et à la base ; souffle doux aux deux temps à la scissure avec râles crépitants et sous-crépitanis tout autour. Ponction négative.

28 Mars. — Aucun signe physique. Le malade sort guéri.

OBSERVATION VI

(Thèse de MALLOIZEL, résumée)

Paratyphoïde. Poussée pleurale droite tardive avec fluxion œdémateuse bi-scissurale, sans râles appréciables.

Ru..., 15 ans, serrurier. Entré dans le service le 29 janvier 1906. Malade depuis quatre jours, céphalée, puis diarrhée, pas d'insomnie. A l'examen, peu de stupeur, rate un peu grosse ; diarrhée, pas de taches, rien de pulmonaire.

2 Février. — Quelques taches rosées.

4 Février. — Bon état général, la fièvre est en décroissance, rien de pulmonaire.

10 Février. — Dix-septième jour de la maladie. Sensation de malaise. Submatité de quatre doigts à la base droite avec murmure vésiculaire diminué. Pas de râles, ni de souffle. On

note une bronchoégophonie nette dans la partie moyenne des deux poumons, en bandes transversales descendantes, localisées autour des deux régions scissurales.

11 Février. — La température est à 40°. Pas d'égophonie ni de souffle à droite; on ne retrouve plus de l'égophonie qu'au niveau du hile.

13 Février. — Toute égophonie a disparu; il ne persiste qu'un peu de submatité; la température est redescendue à 38°.

14 Février. Les signes s'atténuent. Guérison sans reliquats.

OBSERVATION VII

(Communiquée par M. le Professeur MOURIQUAND)

Adénopathie trachéo-bronchique (bacillaire). Bande obscure transversale coupant le champ pulmonaire droit (pleurésie interlobaire ou lésion congestive du lobe moyen).

Mar... Marie-Rose, âgée de 7 ans. Entrée le 30 juin 1920 dans le service de M. le professeur Weill.
Pas d'antécédents héréditaires.

Dans les antécédents personnels, bronchite récidivant toutes les années. Coqueluche il y a deux mois.

2 Juillet. — Submatité sous la clavicule droite avec respiration un peu soufflante; en arrière, à droite, bouffées de râles sous-crépitaux rares et intermittents dans l'espace scapulo-vertébral vers le milieu de la hauteur, avec souffle hilaire.

A la radioscopie, bande obscure sur deux travers de doigt, traversant le milieu du poumon droit, allant du sternum à l'aisselle.

7 juillet. — Aux rayons on retrouve toujours avec grande netteté la bande transversale, diminuée de moitié en épaisseur. Dans toute la période du 2 au 7 juillet, pas de modifications des signes d'examen du poumon.

10 Juillet. — La bande a encore diminué; pas d'autres signes que ceux d'adénopathie trachéo-bronchique. La malade

quitte le service le 26. Bon état général, mais il persiste le soir, malgré le repos, une température subfébrile ($37^{\circ}8$, $37^{\circ}7$).

Deuxième séjour. — Service de M. le professeur Mouriquand.

Entrée le 1^{er} novembre, 1920. Rougeole typique avec exanthème généralisé. La maladie évolue normalement jusqu'au 7 novembre.

7 Novembre. — La température, tombée à 37° , monte brusquement à 40° . Point de côté peu violent (mamelon droit), pas de frisson. Auscultation négative avec, cependant, une légère obscurité à la base droite.

17 Novembre. — La température, restée en plateau typique jusqu'au 13 novembre, descend progressivement jusqu'à 38° ; l'auscultation est restée négative pendant toute cette période.

A la radioscopie, triangle pneumonique très net à sommet hilare, base dans l'aisselle droite.

L'examen, de 17 novembre, à la contre-visite, à la suite de la radioscopie faite le matin, montre : dans la fosse sous-épineuse droite, submatité avec zones sonores autour ; petit foyer soufflant, avec après la toux de petits râles fins crépitants, en bouffées. Mais si l'on s'éloigne de ce foyer, l'on n'entend plus rien. Ces bouffées de râles s'entendent deux à trois fois après les secousses de toux, et sont ensuite peu perceptibles, même après de nouvelles secousses de toux.

20 Novembre. — Aujourd'hui température à 37° , l'enfant est mieux, on perçoit encore une zone de matité suspendue, localisée juste au-dessous de la partie interne de l'épine scapulaire droite. A ce niveau on entend un souffle expiratoire ; l'auscultation au stéthoscope le différencie nettement du souffle hilare perçu à gauche au même niveau. Pas de râles aujourd'hui après la toux.

A la radioscopie, persistance de l'ombre triangulaire avec légère grisaille tout autour.

9 Décembre. — L'examen du poumon droit montre une zone de matité persistant au même niveau que précédemment, très limitée, avec souffle, mais pas de râles.

A la radioscopie, la base triangulaire diminue de largeur, et l'image prend l'aspect caractéristique de la bande transversale interlobaire.

10 Décembre. — Tous les signes d'examen des poumons ont disparu.

A la radioscopie, on perçoit toujours la bande transversale interlobaire.

20 Décembre. — Persistance de l'absence de signes pulmonaires, température toujours à la normale ; l'état général est bon.

Nous avons publié cette observation, qui nous a paru très intéressante au point de vue du diagnostic différentiel des phénomènes qui ont évolué au niveau de la région interlobaire au cours des deux séjours de la malade ; elle sera commentée à ce sujet dans le chapitre consacré au diagnostic.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

La pleurésie interlobaire abortive est presque toujours secondaire à une autre affection. Les cas de pleurésie primitive que nous avons relevés dans la littérature médicale ne nous semblent pas d'une démonstration rigoureuse. Dans l'un publié par Galliard, dans le « Bulletin de la Société des Hôpitaux de Paris », la pleurésie était purulente, avec symptômes généraux graves; la guérison, survenue en quelques jours, et, brusquement, semble s'être faite à la faveur d'une vomique passée inaperçue; c'est, d'ailleurs, l'opinion de l'auteur lui-même. Dans les autres cas, la pleurésie a évolué pendant plusieurs semaines et on ne peut guère les qualifier d'abortives, malgré la guérison sans vomique et assez rapide.

Comme secondaire à une autre affection, la pleurésie interlobaire abortive semble plus fréquente. La plupart des cas rapportés se présentent sous la forme de réactions scissurales nettes, se manifestant par des signes à l'examen des poumons avec ou sans symptômes d'épanchement.

Dans les observations de pleurésie interlobaire abortive, on relève comme facteurs étiologiques et par ordre de fréquence :

La pneumonie. — Au cours de cette affection, elle ne se rencontre que dans les complications évoluant pendant la maladie ou immédiatement après la défervescence; elle rentre dans le cadre des pleurésies parapneumoniques. Nous n'en avons trouvé aucun cas dans les pleurésies interlobaires métapneumoniques, où elle est suppurée et à évolution plus ou moins longue.

Les autres affections pulmonaires peuvent s'accompagner de réactions scissurales fugaces (broncho-pneumonie, congestion pulmonaire). Mais la pleurésie interlobaire nous a semblé moins nette que dans la pneumonie.

Depuis les travaux de Sabourin, on a fait une place à part aux pleurésies interlobaires séreuses tuberculeuses. Nous n'avons retrouvé aucune observation de pleurésie abortive relevant de cette étiologie; il semble que, dans ces pleurésies tuberculeuses, les signes qui sont localisés électivement ou primitivement à l'interlobe, annoncent une pleurésie tuberculeuse classique. Elles peuvent, d'ailleurs, se terminer par une résolution spontanée, mais après une évolution assez longue; ou bien n'être que le début d'une généralisation secondaire pleurale ou pulmonaire.

On peut la rencontrer dans les maladies infectieuses, mais surtout lorsqu'il s'agit de maladies générales.

Le rhumatisme articulaire qui se caractérise au niveau des séreuses par des poussées fluxionnaires très mobiles, survenant et guérissant brusquement, peut s'accompagner de pleurésie interlobaire abortive (Obs. IV).

Nous n'avons relevé aucun cas de pleurésie abortive, suivant une gangrène pulmonaire, un infarctus septique, causes possibles de la pleurésie purulente interlobaire classique.

En résumé, la cause la plus fréquente de cette forme de pleurésie paraît être le groupe des affections aiguës pulmonaires et parmi elles, au premier chef, la pneumonie.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE BACTÉRIOLOGIE

L'anatomie pathologique de cette forme de pleurésie est moins précise et moins connue; les sujets succombent rarement à la pneumonie ou à l'infection générale, souvent atténuée. Dans les affections aiguës, on trouve soit une scissure complètement libre, ou lâchement adhérente, ou les deux lobes réunis par un exsudat fibrineux, dans lequel tout clivage régulier est impossible. On rencontre au niveau de l'interlobe un accollement beaucoup plus précoce des bords scissuraux, qu'au niveau de la grande cavité; le processus se limite rapidement et tend naturellement vers la guérison.

Au point de vue cytologique, il n'y a pas de raisons, « à priori », pour que les réactions scissurales, en dehors de l'abondance de l'épanchement, soient différentes des autres.

L'anatomie pathologique microscopique est mieux précisée dans les pleurésies parapneumoniques. On rencontre, bordant l'interlobe, de gros vaisseaux gorgés de sang, parfois rompus, limités plus profondément par un parenchyme hépatisé; il est de règle de voir du côté opposé une réaction corticale très légère. La cicatrisation se fait très vite; on peut voir, au cours d'une hépatisation rouge, l'adhérence commencer à s'ébaucher et présenter des cellules fixes nombreuses; la réaction n'a pas besoin de se prolonger, car l'adhérence suffit à protéger le poumon.

BACTÉRIOLOGIE

L'étude bactériologique de ces épanchements est surtout intéressante quand ils évoluent au cours d'une pneumonie.

Le liquide retiré est, en général, séreux ou séro-fibreux; il peut être purulent mais, le plus souvent, aseptique. Cette absence du pneumocoque dans les épanchements parapneumoniques a frappé tous les cliniciens.

On peut en donner plusieurs raisons.

Dans ces formes, les microorganismes sont peu nombreux et n'existent quelquefois que temporairement dans les liquides; il n'y en a parfois que dans la membrane.

Ils subissent, par contact avec le liquide, une atténuation, perdant de leur virulence et même la faculté de pousser sur leur milieu de culture habituel (sérum de lapin; Obs. III).

On a soutenu aussi que les pleurésies parapneumoni-

ques étaient essentiellement fibrinogènes, donnant un épanchement séreux, peu virulent. Rendu disait « que les conditions personnelles ont plus d'importance et que la question du terrain est ici supérieure à la quantité et à la qualité du germe morbide ».

D'après Le Damany, les pleurésies parapneumoniques seraient souvent séro-purulentes, ce qui proviendrait de la prédominance des globules blancs dans l'épanchement (Obs. I) ; on pourrait alors se trouver en présence d'un épanchement séro-purulent stérile. « Il y a souvent, écrit-il, du pus sans pneumocoques dans la plèvre, au cours de la pneumonie, pus stérile, qui d'ailleurs se résorbe spontanément. »

En général, on ne peut pas mettre en évidence de microorganismes dans ces épanchements ; leur nature pneumogène est cependant probable, mise en évidence par une agglutination positive du pneumocoque, pris sur le malade. (Obs. III).

La fréquence de ces épanchements puriformes aseptiques a été bien mise en évidence par M. le Professeur Mouriquand, dans la thèse de Liégeois (Lyon 1920) ; ces épanchements restent stériles et se résorbent spontanément ; On ne peut y déceler de microorganismes, mais on y rencontre de très nombreux polynucléaires déformés ; en raison de leur tendance à la guérison spontanée, ces épanchements ne relèvent pas d'une intervention chirurgicale, bien plus, cette dernière les infecte souvent secondairement, aggravant leur pronostic.

Dans nos observations, nous n'avons pas eu d'examen cytologiques suffisants, pour étudier la formule cytologique de ces épanchements, variable avec l'étiolo-

logie; elle se rapproche le plus souvent de la formule de l'observation I (nombreux polynucléaires plus ou moins déformés, pas de microorganismes).

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

La réaction œdémateuse du tissu conjonctif pleural, élément essentiel de toute pleurésie, est souvent localisée à l'interlobe, soit au cours des maladies infectieuses générales, soit au cours des affections pulmonaires.

Nous pensons avec Malloizel (Recherches anatomiques sur les réactions pleuro-corticales) qu'on peut voir dans cette localisation une condition anatomique. Les points de la séreuse où, dans un œdème généralisé, ce dernier sera le plus marqué, ou existera d'une façon isolée, sont ceux où la plèvre de pariétale devient viscérale; à ce niveau, le tissu cellulaire pleural est très lâche et se laisse facilement distendre par l'exsudat. Parmi ces points qu'il a justement dénommés « les carrefours d'œdème » l'interlobe est un des plus fréquents et des plus importants, surtout à sa partie hilaire.

De plus, cette région hilaire est un rendez-vous de tous les lymphatiques pleuro-corticaux; dans les infections générales, il est probable que ces lymphatiques jouent un rôle important dans l'infection de la séreuse,

en dehors de la voie sanguine, et permettraient d'expliquer cette localisation assez fréquente de l'œdème, dans les réactions atténuées, à la région scissuraire.

Pour ce qui est de la pneumonie, la pleurésie interlobaire succède généralement à un foyer pneumonique de la portion du poumon adjacente à l'espace interlobaire. Cependant, en dehors de cette pathogénie par contiguïté, on peut admettre une infection par continuité. D'après les travaux de Troisier et Grancher, on connaît la distribution et les rapports étroits qui unissent les lymphatiques du poumon et de la plèvre; on rencontre du pneumocoque loin du foyer hépatisé, dans les lymphatiques éloignés, surtout au niveau du hile du poumon.

On est donc amené d'admettre l'infection fréquente de la plèvre par voie lymphatique.

Pour Tripier, cette infection se ferait surtout par voie sanguine.

Pour Le Damany, ces épanchements parapneumoniques se produiraient par un simple phénomène de transsudation, véritable hydrothorax mécanique. Pour cet auteur « dans les cas d'épanchements pleuraux parapneumoniques, où la lésion pulmonaire est tout, où la lésion pleurale n'est rien, il n'existe rien de comparable, ni de près ni de loin, à la membrane pyogène des véritables pleurésies purulentes, ou à la fibrino-membrane tuberculeuse des pleurésies séro-fibrineuses. »

Mais alors comment expliquer la présence du pneumocoque dans la paroi, les phénomènes fébriles qui accompagnent l'épanchement, les signes d'auscultation comme l'égophonie qui demandent pour leur production l'œ-

dème et la réaction de la séreuse. De plus, on connaît toutes les localisations bilatérales ou, du côté opposé, des pleurésies parapneumoniques de la grande cavité, dont la pathogénie ne doit guère différer de celle des pleurésies interlobaires.

La plupart des auteurs sont d'ailleurs d'avis aussi, que les lésions anatomiques sont plus marquées que ne le veut M. Le Damany — et qu'on se trouve en présence d'une réaction de la séreuse et non d'un hydrothorax (Tripier).

Il semble donc que cette pleurésie soit produite par une réaction de la séreuse sous l'influence d'un micro-organisme, apporté soit par voie sanguine, soit par voie lymphatique dans les affections pulmonaires, en dehors des pleurésies par contiguité.

Sa localisation à la scissure nous paraît tributaire de la disposition anatomique de son tissu cellulaire, et surtout de la confluence au niveau du hile et du début de la scissure des vaisseaux lymphatiques pleuro-corticaux, faisant de l'interlobe un véritable carrefour de l'œdème.

Dans les infections atténuées du type abortif, la réaction de la séreuse débute souvent à l'interlobe et s'y cantonne, elle n'y est quelquefois traduite que par de l'égophonie localisée, ou de la submatité; et comme le disait déjà Laennec, qui étudiait avec son stéthoscope, chez tous ses malades, les modifications de la voix, la région scissuraire est celle où l'on entend le plus souvent l'égophonie.

Le syndrome fluxionnaire se manifeste à nous par des signes pulmonaires ou pleuraux; ils sont diffus quand les lésions sont suffisantes pour les produire partout, loca-

lisés aux carrefours d'œdème, l'interlobe en particulier, quand ces lésions sont peu marquées.

Il semble donc que ces formes interlobaires abortives sont fonction pour leur localisation des caractères anatomiques de la scissure, pour leur évolution de la bénignité relative de l'infection causale. Pour ce qui est de la pneumonie, leur caractère de bénignité semble lié à leur évolution parapneumonique et être plus fonction du terrain que d'une infection pneumococcique atténuée. Il ne nous a pas été permis de trouver une statistique pour avoir une idée de leur fréquence, mais de la lecture des observations, il ressort son caractère abortif fréquent chez l'enfant.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de cette forme abortive de la pleurésie interlobaire est souvent réduite; on n'y retrouve pas l'ensemble des signes classiques étant donné l'épanchement de faible quantité qui l'accompagne, et la participation légère de la séreuse et de la corticalité pulmonaire.

SIGNES FONCTIONNELS

On trouve rarement de la douleur localisée au trajet scissural; on peut la réveiller par une pression localisée en arrière à 2 centimètres de la 3^e apophyse épineuse dorsale; la pleurésie presque toujours localisée à la partie postérieure de la scissure, ne donne pas de points douloureux antérieurs; à droite on peut la provoquer sur les deux branches de bifurcation des scissures, ou sur l'une d'entre elles, le plus souvent la supérieure.

2^o La percussion de la scissure qui réveille la douleur,

peut en même temps provoquer la toux à caractère pleurétique.

! SIGNES PHYSIQUES PULMONAIRES

1° **La matité de la région scissuraire.**— En général on ne trouve pas à la percussion une matité franche, mais plutôt de la submatité. Il faut d'ailleurs la rechercher avec soin pour la mettre en évidence (Obs. I) ; la percussion doit être quelquefois profonde pour révéler un épanchement situé loin de la paroi thoracique, au devant duquel peut s'étaler une lame de tissu pulmonaire sain ; au-dessus et au-dessous de cette zone submate on trouve des zones plus sonores ; cet ensemble constitue la matité suspendue, symptôme vraiment caractéristique.

Elle commence autour du hile (2° à 4° dorsale), large de 2 à 3 travers de doigts, et va en diminuant vers l'aiselle ; dans les observations rapportées, on ne la retrouve pas dans l'aiselle ; elle reste cantonnée à la partie postérieure de la scissure. La matité sur le trajet interlobaire peut manquer même s'il existe d'autres signes (Obs. IV, où la symptomatologie se réduit à une double égophonie scissurale).

2° **Modifications de la respiration.** — On rencontre souvent une respiration soufflante, ou même un véritable souffle tout le long du trajet scissural ; le caractère de ce souffle est plutôt tubaire que pleurétique, trahissant la condensation du parenchyme périscissural plutôt qu'un épanchement et une réaction pleurale. A noter qu'on peut trouver dans la région hilare, au niveau de

la scissure, un souffle à caractère bronchique, dû à une compression même légère des conduits aériens (par des ganglions par exemple), qu'il faut différencier du souffle de la région scissurale (Obs. VII).

3° **Des bruits adventices.** — Ce sont des râles; le plus souvent ce sont des sous-crépitants ordinaires; ils sont disposés le long de la scissure et présentent un caractère de fixité assez net.

4° **Modification de la voix.** — Il est rare de rencontrer de la bronchophonie ou de la pectoriloquie aphone.

SIGNES PHYSIQUES PLEURAUX

On peut rencontrer, même comme symptôme isolé, le long de la scissure, de l'égophonie, signe excellent de l'œdème pleural.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX

Contrairement aux pleurésies interlobaires classiques, l'état général du sujet est peu touché dans cette forme.

On ne note pas de dyspnée, ou de battements des ailes du nez, symptômes souvent très accusés dans la pleurésie à évolution normale.

La fièvre peut être élevée (39° à 40°); elle ne présente pas le caractère en plateau de la pneumonie, mais présente de légères oscillations. Elle cède au bout de quelques jours et revient rapidement à la normale.

PONCTION EXPLORATRICE

En présence de signes nets d'un épanchement pleural, la nécessité d'une ponction exploratrice peut être discutée. Dans les cas de pleurésies interlobaires abortives, surtout si l'on n'a pas à sa disposition le contrôle radioscopique, la ponction reste un élément important du diagnostic qui peut être difficile.

Elle se pratique avec l'instrumentation et la technique habituelle; cependant il faut enfoncer quelquefois l'aiguille assez profondément pour retirer du liquide (Obs. III). Le choix du point où doit se faire la ponction doit être guidé, non par les données classiques de l'anatomie au sujet du rapport des scissures et de la paroi costale, mais par la clinique. Ponctionner au niveau de la zone de matité maxima; l'épanchement, en effet, peut modifier la position des scissures.

La ponction exploratrice peut d'ailleurs dans quelques cas demeurer négative.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE

Ce dernier symptôme nous apparaît comme extrêmement important dans ces formes de pleurésie. En effet, les symptômes cliniques sont le plus souvent réduits à un minimum et le diagnostic peut rester difficile et hésitant.

L'image radioscopique est tout à fait caractéristique; elle se présente sous la forme d'une bande opaque, plus

ou moins large, qui barre dans toute la largeur la clarté pulmonaire. Elle est en général, dans ces formes, moins nette et moins large que dans les pleurésies suppurées; elle est souvent plus marquée soit en avant, soit en arrière; cette « ombre suspendue » est absolument superposable à la « matité suspendue ».

Si l'ombre siège à droite, on peut chercher à repérer quelle est la scissure atteinte; en général et pratiquement, l'écartement entre les deux lobes est trop petit pour donner une topographie spéciale de l'ombre scissurale.

L'aspect caractéristique de cette bande transversale dispense de tout diagnostic avec un abcès du poumon ou un kyste hydatique.

Cependant MM. Weill et Gardère ont attiré l'attention sur la ressemblance frappante de l'image interlobaire avec la radioscopie des lésions tuberculeuses du lobe moyen du poumon droit : « à l'autopsie de malades ayant présenté cette bande transversale, on trouve souvent, à l'examen des poumons, des lésions disséminées de tuberculose ancienne ou récente; au niveau de la scissure des adhérences fibrineuses ou fibreuses trop peu accentuées pour expliquer de façon satisfaisante l'aspect radioscopique ».

Elle est souvent en relation avec la transformation scléro-caséuse totale du lobe moyen droit; mais le diagnostic différentiel ne se pose qu'au point de vue radioscopique pur; car cliniquement trop différentes sont les évolutions et la symptomatologie de ces formes tuberculeuses et d'une pleurésie interlobaire abortive.

En général, l'ombre débute au niveau du hile, et le

diagnostic est impossible avec les ganglions hilaires : mais dans les jours qui suivent, l'ombre prend rapidement ses caractères spéciaux.

Cette bande peut passer inaperçue quand l'épanchement n'est pas abondant et qu'il s'étale sous forme d'une mince lame entre les deux lobes pulmonaires : on peut la mettre en évidence par la manœuvre, aujourd'hui classique de Bédère (Obs. II), qui consiste à faire tomber obliquement les rayons cathodiques sur l'écran fluorescent.

Dans l'observation III, où l'on n'a point d'examen radioscopique, on pourra se rendre compte de la difficulté du diagnostic. La pleurésie ne fut reconnue interlobaire que par association des symptômes et surtout par la nécessité d'une ponction profonde pour retirer du liquide.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC — ÉVOLUTION

PRONOSTIC — TRAITEMENT

Ces différentes parties de l'étude de la pleurésie interlobaire abortive sont forcément réduites, étant donnés les caractères de bénignité de l'affection.

En présence d'une symptomatologie aussi imparfaite, le diagnostic peut présenter des difficultés, si la localisation scissurale des symptômes pleuraux n'est pas recherchée attentivement.

Dans ce cas, pas de dyspnée, pas de point de côté qui attirent l'attention du côté des poumons; seul un état fébrile inexpliqué, une convalescence qui ne se fait pas franchement peuvent aiguiller des recherches vers le poumon.

Il semble que parmi les symptômes de la pleurésie, la matité spéciale « suspendue » soit très importante au point de vue du diagnostic. Il faut la rechercher avec soin; elle peut d'ailleurs manquer.

L'égophonie localisée au trajet scissural est aussi un excellent signe; il suffit à lui seul à caractériser une réaction interlobaire, sa production demande en effet la présence à ce niveau de liquide, d'œdème pleural et une lésion corticale; les deux derniers sont nécessaires, et, dans une certaine mesure, suffisants pour la production. Ce signe constaté en un point spécial du poumon, la scissure, indique une lésion pleuro-corticale de l'interlobe, quand souvent il n'existe que d'autres signes incertains, en particulier une submatité qui peut passer inaperçue au milieu de la submatité pulmonaire dans les cas de pneumonie concomitante.

A côté de ces signes physiques, la ponction exploratrice peut confirmer le diagnostic; mais elle peut être négative.

La radioscopie est un excellent moyen de diagnostic de ces formes; elle peut déceler une ombre scissurale avant qu'elle ne se manifeste à l'examen du malade par les procédés habituels de la clinique; elle permet de suivre la progression de l'épanchement et d'assister à sa résolution rapide.

En résumé, le diagnostic se fera par la constatation de symptômes de réaction pleuro-corticale, localisés à la région scissuraire; ce diagnostic sera efficacement contrôlé soit par la ponction, soit par l'examen radioscopique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

En présence d'un état général peu affecté, d'une fièvre modérée, de l'absence de dyspnée et de point de côté,

il nous semble que le diagnostic ne peut se poser avec les affections se rapprochant d'une pleurésie interlobaire aiguë classique; les symptômes de réaction pleurale sont peu nets, à peine marqués et ne simulent que de loin les affections avec lesquelles il est classique de faire le diagnostic différentiel dans le cas de pleurésie classique (pneumonie caséuse, abcès du poumon, gangrène, intarctus, kyste hydatique, etc.)

Un diagnostic beaucoup plus délicat est de savoir si les phénomènes relevés dans une région correspondant à l'interlobe ressortissent à une réaction pleurale ou à une zone de congestion pulmonaire. Il est d'autant plus difficile que les signes de pleurésie peuvent être très localisés, se présenter avec une topographie limitée à un foyer, et non en bande scissuraire (Obs. VII); le diagnostic est surtout intéressant lorsqu'il s'agit du poumon droit, ce dernier présentant deux scissures délimitant un lobe pulmonaire moyen de peu d'étendue, le tableau clinique peut être très analogue dans les deux cas (Obs. VII, 1^{er} séjour). En effet, dans les pleurésies du type abortif, les signes physiques habituels à un épanchement pleurétique sont très réduits et le plus souvent n'existent pas; on se trouve en présence simplement d'une réaction pleuro-corticale à disposition transversale de la région scissuraire; le départ entre ce qui revient à la plèvre et ce qui revient au poumon est difficile.

A ce point de vue, l'observation VII nous paraît très démonstrative. Au cours du premier séjour de la malade, on ne note comme symptômes que des râles sous-crépitaux dans l'espace scapulo-vertébral, au milieu de sa hauteur, et aux rayons X une bande transversale nette.

Devant cette symptomatologie et la régression rapide de l'ombre, on avait porté le diagnostic de phénomènes congestifs de nature probablement tuberculeuse du lobe moyen. Le diagnostic avait été basé surtout sur la régression rapide de l'ombre transversale, écartant l'idée d'une pleurésie interlobaire. Pour nous, devant la fréquence des réactions interlobaires abortives et connaissant leur existence indiscutable, nous croyons que cette régression rapide ne doit pas faire éliminer le diagnostic de pleurésie; au contraire, il vient compléter le tableau clinique de cette forme abortive de pleurésie interlobaire.

Au cours de son second séjour, les symptômes sont plus nets, mais différents. Après une pneumonie indiscutable (température, rayons X), on trouve 4 jours après la défervescence, un foyer localisé scissuraire de râles crépitants, une submatité suspendue, et un souffle, passer il est vrai. A noter qu'il a été nettement différencié du souffle hilaire normal entendu à gauche: la radioscopie est caractéristique, la bande transversale indiscutable, tous ces phénomènes ont évolué en 20 jours, avec disparition des râles dès le 3^e jour. En présence de cette symptomatologie presque au complet, le diagnostic de pleurésie interlobaire parapneumonique nous semble s'imposer; son évolution abortive est elle aussi très nette.

Le diagnostic différentiel au point de vue radioscopique pur a été exposé au chapitre « symptomatologie ».

Le caractère abortif d'une pleurésie interlobaire peut se soupçonner en tenant compte de l'état général, l'absence de dyspnée, de point de côté, le peu d'intensité de la fièvre qui peut même manquer; il est certain cepen-

dant, que l'évolution est le symptôme qui la caractérise le plus nettement, en la définissant.

Il nous semble donc que le diagnostic peut être porté plus fréquemment si l'on pense à sa forme abortive; ces formes ne sont peut-être rares, que parce qu'elles passent souvent inaperçues. On doit les rapprocher des formes aseptiques de la grande cavité; elles n'en diffèrent que pour leur localisation; leur diagnostic est intéressant au point de vue pronostic et traitement.

EVOLUTION

C'est dans l'évolution spéciale de la maladie, que réside le caractère spécifique de cette forme de pleurésie; alors que la pleurésie classique met au moins plusieurs semaines ou mois à évoluer, au milieu de phénomènes généraux plus ou moins aigus, ici la maladie évolue en quelques jours. Dans les observations rapportées, son évolution a présenté les durées respectives de 12, 7, 10, 2, 20, 4 jours. Quoique ces chiffres soient assez différents, ils sont suffisants, à eux seuls, à caractériser la maladie. Le diagnostic fait, on s'attend à une évolution longue, et rapidement, en quelques jours, tous les phénomènes s'amendent, disparaissent; la fièvre élevée les premiers jours tombe à la normale, les signes d'auscultation fugaces, peu marqués, ne sont plus perçus et se modifient rapidement. Le malade sort guéri, sans traces appréciables de son affection.

Au point de vue de son apparition, la pleurésie interlobaire se manifeste en général de bonne heure; au cours

de la pneumonie où elle est la plus fréquente, c'est pendant la maladie ou immédiatement après la défervescence qu'elle apparaît. Cependant dans l'observation V. elle n'apparaît que plus tardivement, la défervescence de la pneumonie s'est faite le 21 février et les premiers symptômes de pleurésie n'ont été constatés que le 6 mars, soit 14 jours après. On serait tenté de faire rentrer cette pleurésie dans le cadre des métapneumoniques; mais pendant tous les jours précédents on a noté des signes pleuro-pulmonaires diffus, témoins d'une réaction pleurale bien parapneumonique; la localisation scissuraire, au lieu de se faire d'emblée, ne s'est produite qu'après une période de latence de 14 jours; ces cas sont d'ailleurs assez rares.

C'est ce caractère évolutif rapide qui nous a frappé dans ces pleurésies, et qui en fait pour nous tout l'intérêt pratique, au point de vue de cette affection souvent grave, qu'est la pleurésie interlobaire. Il est bien certain que dans les infections générales, surtout dans le rhumatisme, on est peu frappé par cette évolution rapide de la pleurésie, ces maladies donnant souvent des réactions pleurales fugaces; mais au cours de la pneumonie en particulier, cette évolution est curieuse et nous semble mériter une place à part dans la connaissance de la pleurésie interlobaire secondaire à cette affection.

PRONOSTIC

Évoluant au cours d'une infection générale, leur pronostic est bénin, elles disparaissent sans laisser de tra-

ces appréciables à l'examen. Au cours de la pneumonie, elle n'aggrave pas le pronostic de la maladie qui suit son cours normal; la convalescence en est simplement un peu retardée.

Une question intéressante serait de savoir quel est le sort lointain de ces pleurésies, quel est l'état de l'interlobe ? Même après des lésions aussi minimales, il se peut qu'il reste là un point faible de l'appareil respiratoire, point de départ ultérieur d'affections plus sérieuses (la tuberculose, en particulier, qui dans ses localisations, dites « primitives » de la plèvre, se manifeste volontiers au niveau de l'interlobe.)

TRAITEMENT

En présence d'une affection aussi bénigne, aucune thérapeutique locale ou générale ne paraît s'imposer. Il suffit de laisser le malade au repos au lit et surveiller la progression de sa maladie.

CONCLUSIONS

I. A côté de la pleurésie interlobaire classique, il existe une forme, qui, par ses signes cliniques et son évolution rapide et spontanée vers la guérison, mérite le nom de pleurésie interlobaire abortive.

II. Exceptionnellement primitive, elle est en général secondaire, soit à une maladie infectieuse, soit à une infection pulmonaire. Parmi ces dernières, la pneumonie est son facteur étiologique le plus important.

III. Presque toujours séreuse ou séro-fibrineuse, elle peut être séro-purulente ou purulente, mais en général aseptique. Sa localisation dépend des caractères anatomiques de l'interlobe; son caractère abortif semble dû, dans les affections générales, à une forme atténuée de l'infection, au cours de la pneumonie à son évolution parapneumonique.

IV. Sa symptomatologie est caractérisée par la localisation à la région scissuraire des signes de réaction pleuro-corticale. Elle est en général réduite à un seul symptôme qu'il faut rechercher attentivement (matité suspendue, égophonie scissurale).

V. Son diagnostic est souvent difficile, la radioscopie permet de le contrôler et souvent de la déceler en dehors de signes cliniques nets.

VI. Son évolution est caractérisée par la rapidité de la résorption de l'épanchement, la fugacité des symptômes. Elle évolue, dans sa localisation à l'interlobe, d'une façon analogue à celle des épanchements aseptiques parapneumoniques de la grande cavité.

Elle ne réclame pas, en général, de traitement.

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
MOURIQUAND.**

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 décembre 1920.

Pour le Recteur :

Le Doyen de la Faculté de Droit délégué,
JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- BLANC. — Contribution à l'étude de la latence des pleurésies chez l'enfant. (*Thèse*, Montpellier 1910.)
- BÉCLÈRE. — *Presse médicale*, 1902.
- BARJON. — Radiographie des affections pleuro-pulmonaires.
- BALTHAZARD et CESTAN. — Traité de pathologie interne.
- CHAUFFARD. — La pleurésie interlobaire (*Revue générale de clinique et thérapeutique*, Paris 1914.)
- COLLET. — Maladies de l'appareil respiratoire.
- COMBY. — Traité des maladies des enfants.
- CASTAIGNE et DEBRÉ. — Maladies de la plèvre. Paris 1912.
- DIEULAFOY. — La pleurésie interlobaire. (*Semaine médicale*, 1899.)
- Manuel de Pathologie interne (Art. Pleurésie interlobaire.)
- Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu (tome II.)
- DELEGENNE. — Les pleurésies contemporaines de la pneumonie. (*Thèse médicale*, Lille 1892.)
- DESPLATS. — Résorption rapide d'épanchements suppurés interlobaires. (*Bulletin de la Société médico-chirurg. du Nord*, Lille 1905.)
- GALLIARD. — Un cas d'empyème interlobaire avec guérison soudaine. (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1916.)

- GRIFFON. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1906.
- KAMEL. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur les pleurésies interlobaires. (*Thèse*, de Paris 1917.)
- LEMOINE. — Des pleurésies parapneumoniques. (*Semaine médicale*, 1893.)
— Traitement des pleurésies parapneumoniques. (*Nord médical*, 1905.)
- LÉPINE. — Art. Pneumonie, in Dictionnaire de Médecine pratique, 1880.)
- LE DAMANY. — La bactériologie et la pathologie des pleurésies séro-fibrineuses. (*Revue de Médecine*, 1897.)
— Etude pathologique des épanchements pleuraux séro-fibrineux et des épanchements pneumogènes. — xiii^e Congrès international de Médecine. Section de pathologie générale, 1900.
— *Presse médicale*, 1898.
— Les épanchements pleuraux liquides. (Masson 1913).
- LANDOUZY. — Traité de Médecine, de Brouardel et Gilbert. Art. Pleurésies.
- LOUIS. — Cont. à l'étude de la pleurésie parapneumonique. (*Thèse*, Lyon 1905.)
- LAENNEC. — Traité d'auscultation (voir égophonie.)
- LIÉGEOIS. — *Thèse*, Lyon 1920. Des épanchements pleuraux puriformes.
- MALLOIZEL. — Recherches anatomo-cliniques sur les réactions pleuro-corticales. (*Thèse*, Paris 1907.)
- MÉRY. — La pleurésie interlobaire infantile. (*Revue générale de clinique et thérapeutique*, Paris 1905.)
- NOBÉCOURT. — Précis des maladies des enfants.
- RAVAUT. — Le diagnostic de la nature des épanchements séro-fibrineux de la plèvre. Cyto-diagnostic, Paris 1901.)
- ROCHARD. — Topographie des scissures interlobaires, Paris 1892.)

- SABOURIN. — Le point de côté scissural. (*Revue de Médecine*, 1907.)
— *Revue de Médecine*, 1909.
- SIEMS. — Des pleurésies contemporaines de la pneumonie. (*Thèse*, Paris 1901.)
- SIMACOURBE. — Cont. à l'étude de la pleurésie interlobaire dans l'enfance. (*Thèse*, Toulouse, 1907.)
- TRIPPIER. — Anatomie pathologique, 1904.
- WEILL et GARDÈRE. — Valeur séméiologique de l'ombre trans-
versale de la région moyenne du poumon. (*Lyon médi-
cal*, 1914. *Bulletin de la Société des Hôpitaux de Lyon*,
1914.)
- WEILL. — Précis des maladies des enfants.
- WIDAL. — Cyto-diagnostic. (*Société médicale des Hôpitaux*.
Société de Biologie (1900, 1901 et suivants.)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
Chapitre I. — Observations.....	11
Chapitre II. — Etiologie.....	23
Chapitre III. — Anatomie pathologique, Bactériologie....	27
Chapitre IV. — Pathogénie.....	31
Chapitre V. — Symptomatologie.....	35
Chapitre VI. — Diagnostie, Evolution, Pronostic, Traite- ment	41
CONCLUSIONS	49
BIBLIOGRAPHIE	51
